



**SCHEDA DI VALUTAZIONE DI MEDICINA GENERALE  
TEST RAPIDO ANTIGENICO**

• **CAMPIONE**

Identificativo del campione: \_\_\_\_\_

• **ANAGRAFICA**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)      Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Genere     M     F

Residenza \_\_\_\_\_ numero di conviventi \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

• **MEDICO PRESCRITTORE** Cognome e Nome \_\_\_\_\_

TEST	VALUTAZIONE CLINICA (riservato al Laboratorio)			
• Punto prelievo <b>Analisi Cliniche Forano srl</b> • Provenienza _____ • Gruppo _____ • Mezzo _____ data mezzo ___/___/_____ ora _____: • Indagine epidemiologica _____ • Comune di residenza _____ • ASL di residenza _____ • Regione di Residenza _____ • Nazionalità _____ • Tipologia esame <b>1</b> data esame ___/___/_____ • Esito esame <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indice di Coi _____	1. Temperatura superiore ai 37,5 c°?	inviare a casa		<b>NO</b>
	2. Difficoltà respiratoria a riposo?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	3. Stato di coscienza alterato?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	4. Alterazione del gusto e/o dell'olfatto?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	5. Mal di gola?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	6. Tosse?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	7. Congiuntivite?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	8. Diarrea?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	9. Dolori muscolari?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	10. Vomito?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	11. Astenia?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	12. Cefalea?	<b>SI</b>		<b>NO</b>
	13. Ha patologie croniche che richiedono controlli periodici?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
	se <b>SI</b> , quali?			
14. Firma				

Note: \_\_\_\_\_

**ANALISI CLINICHE FORANO SRL Laboratorio Generale di Base**



**CONSENSO INFORMATO AL TAMPONE RINO-FARINGEO per Covid-19  
(Coronavirus SARS-CoV-2)**

Data: 19/04/2021 - Rev.1

**Che cos'è e come si esegue**

Il tampone è un esame rapido (eseguito in pochi secondi) e che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).

Il tampone è indolore anche se in alcuni soggetti può risultare fastidioso e viene effettuato inserendo un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa:

- della faringe posteriore, infilando il tampone in bocca fino ad arrivare nei pressi delle tonsille per il tampone faringeo;
- del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rinofaringe (parte superiore della faringe).

**L'analisi dei tamponi rino-faringei è l'unico test diagnostico che permette di rilevare la presenza o meno del virus SARS Cov-2 che è l'agente eziologico del COVID-19 (Corona Virus Disease-2019).**

**Chi lo esegue**

Il tampone viene effettuato dal Personale Sanitario. Il campione prelevato verrà analizzato dal Laboratorio Analisi Cliniche Forano srl.

**Possibili risultati del test**

Risultato NEGATIVO: non risultano infezioni in corso da virus SARS Cov-2

Risultato POSITIVO: risulta in corso un'infezione da virus SARS Cov-2

Risultato INDETERMINATO: la carica virale è bassa

Risultato NON IDONEO: il materiale raccolto è di scarsa qualità e non sufficiente per l'esame.

**Tempi di refertazione**

CIRCA 1 ORA

I risultati del tampone saranno comunicati e inseriti all'interno della Piattaforma COVID-19 Regione Lazio, dal Laboratorio A.C.F. srl

**Limiti del test**

La sensibilità e la specificità risulta pari al 99,9%.

**CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere letto la presente informativa e consenso informato nella sua totalità, di averne compreso completamente il contenuto, di aver avuto la possibilità di porre domande e discutere del test, inclusi gli scopi e i possibili rischi. Dichiaro inoltre di essere stato informato che in caso di positività la stessa sarà comunicata ai Servizi Sanitari Pubblici competenti da parte della Struttura per l'adozione delle misure necessarie previste dalla normativa vigente.

In considerazione del colloquio effettuato con il **Biologo Dott. Cianfa Arnaldo** chiaro, dettagliato, sufficiente ed esaustivo, e avendo compreso e valutato tutti gli aspetti, come sopra riportati, inerenti al TAMPONE rino-faringeo, in particolar modo riguardo l'affidabilità del test, nonché le conseguenze relative ad una eventuale comunicazione del dato ai Servizi Sanitari Pubblici competenti.

**CONSENSO DELL'UTENTE/ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE O TUTORE**

**EVENTUALE TUTORE:** .....  M  F

Luogo di Nascita: ..... Data di Nascita: ..... Tel.: .....

Domicilio: ..... CAP: .....

C.F.: ..... E-mail: .....

Medico Curante, Dott.: ..... Tel.: .....

**presto il consenso all'esecuzione del TAMPONE RINO-FARINGEO**

**SI NO**

**IL MANCATO CONSENSO A QUANTO SOPRA IMPEDIRÀ L'ESECUZIONE DELL'ANALISI**

Con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento 679/16 (GDPR). il consenso informato per questo esame, in conformità al Reg. EU 679/2016, sarà mantenuto in originale per mesi uno, quindi eliminato.

**Firma del Paziente**

**Firma del Personale sanitario che ha acquisito il consenso**

.....

.....

Data...../...../.....

**REVOCA CONSENSO**

Il sottoscritto....., revoco il consenso da me precedentemente prestato, consapevole che tale revoca non pregiudica l'utilizzo dei dati effettuato prima di tale atto.

Data...../...../.....

Firma del Paziente.....

**ANALISI CLINICHE FORANO SRL Laboratorio Generale di Base**

Sede Legale e Laboratori: Via Luigi Angelini 5/a – 02044 Forano (Ri) Tel/Fax: 0765.57.06.50 - 0765.57.11.98

e-mail: [info@analisiclinicheforano.com](mailto:info@analisiclinicheforano.com) - [www.analisiclinicheforano.com](http://www.analisiclinicheforano.com) - PEC :

[analisiclinicheforano@legalmail.it](mailto:analisiclinicheforano@legalmail.it) P.Iva : 01175020575 Cod.Fisc. 01175020575 - Rea n. RI 73729